FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR L'ÉTIOLOGIE

DE LA

PRÉSENTATION DU SIÈGE

PAR

LÉON MARCHAND

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Répétiteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Né à Paris, le 29 Décembre 1886

Président : M. PINARD, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

1914

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Affectueux témoignage de reconnaissance

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qu'il nous soit permis de remercier notre vénéré Maître qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous lui sommes profondément reconnaissant pour son enseignement si fécond et si largement prodigué.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

En témoignage de profonde reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer au sujet de ce travail dont il a bien voulu nous inspirer le sujet.

A MES AUTRES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE
Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSSEUR AGRÉGÉ RENON
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE DUVAL
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTER
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉNÉTRIER
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVASSU
Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Nous avons commencé cette étude sous l'inspiration de notre maître, M. le professeur agrégé Wallich, qui nous a constamment soutenu de ses précieux conseils, en même temps que nous profitions de son incomparable enseignement clinique. Qu'il nous soit permis ici de le remercier très respectueusement du fond du cœur.

Notre travail est complètement échafaudé sur le trésor d'observations amassées depuis de longues années par notre maître, M. le professeur Pinard. Ces observations, toutes scrupuleusement contrôlées, discutées publiquement par M. le professeur Pinard lui-même, offrent l'image même de la réalité. Pouvions-nous puiser à une source plus riche et plus sûre ? Que de reconnaissance ne devons-nous pas, à notre Maître, pour ces magnifiques fruits de son expérience, dont il sait si bien nous faire tous bénéficier.

Nous avons essayé de profiter de ces nombreuses observations pour étudier dans la nature même, les causes de présentation pelvienne. Cette question nous a paru avoir été assez peu fouillée jusqu'ici, du

moins dans les époques contemporaines ; elle présente un intérêt pratique indéniable ; en obstétrique comme en toute autre branche de l'art médical, il importe de bien connaître les causes du mal si l'on veut y apporter remède ; la connaissance détaillée et exacte des causes de la présentation du siège, permettra peut-être d'en perfectionner encore la thérapeutique, et il s'agit surtout ici de la thérapeutique prophylactique déjà si féconde en résultats heureux.

Nous diviserons notre travail en quatre parties ; dans une première nous donnerons un aperçu de l'historique de la question ; dans une deuxième, nous ferons l'étude critique des causes indiquées jusqu'ici par les auteurs ; nous passerons ensuite à l'exposé des documents que nous apportons pour notre étude ; et enfin nous analyserons ces documents et essayerons d'en tirer des indications théoriques et pratiques.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La question des causes de la présentation du siège est inséparable de celle, plus vaste, des présentations en général. Les chercheurs se sont demandés d'abord les causes de l'extrême fréquence des présentations du sommet, celles des présentations moins fréquentes, dites vicieuses, en devaient découler logiquement. Nous verrons, dans cet historique, que, si l'étude de l'anatomie a amené un peu plus de clarté dans la question, c'est surtout à la diffusion de la méthode du palper obstétrical, avec le perfectionnement qu'elle a apporté dans la connaissance des rapports topographiques entre la cavité utérine et son contenu, qui a permis une conception juste des lois qui régissent ces rapports. Le palper abdominal a sans doute été pratiqué de tout temps, mais sans méthode, et son but n'était pas de diagnostiquer la situation du fœtus,

mais seulement d'apprécier le degré de développement de l'utérus gravide, pour en déduire l'époque présumée de l'accouchement. Mercurius Scipio en 1601, Dionis en 1721, Rœderer, en font mention. Mais c'est Wigand qui dans un ouvrage publié en 1820, a systématisé cette méthode au point de vue de l'exploration du contenu utérin. Stoltz en 1829, Mattéi en 1855 et surtout, en France, M. le professeur Pinard en 1878, vulgarisèrent la méthode du palper abdominal. En somme, la pratique suivie et méthodique du palper abdominal date de l'apparition du Traité du Palper.

Les anciens auteurs se faisaient des rapports ainsi que de l'attitude du produit de conception dans l'utérus, une idée absolument arbitraire et fantaisiste. Témoins les dessins qui ont trait aux présentations de l'enfant dans l'ouvrage de Moschion, disciple de Soranus, qui vécut probablement au temps d'Adrien (117-138 de notre ère) (1) ou encore ceux d'Eucharius Rôslin dans son livre : Le Jardin des Roses des femmes enceintes et des sages-femmes (2) publié en 1513. Ceci s'explique par ce que les anciens auteurs étaient privés, non seulement de données topographiques précises, mais encore d'une observation fréquente, puisque la presque totalité des accouchements était alors l'apanage exclusif des matrones.

(1) Cf. Siébold, *Histoire de l'Obstétricie*. Traduction Herrgott, 1891. *Tome I*, page 160 et suivantes.
(2) *Ibid*, *Tome II*, page 13 et suivantes.

Cependant, ils avaient remarqué, et cela depuis Hippocrate, que dans la grande majorité des cas, les enfants naissaient par la tête, mais que le nombre des naissances par le siège augmentait d'autant plus que les accouchements avaient lieu plus loin du terme : C'est de cette observation que sortit la théorie purement hypothétique de la *Culbute* ou *péritrophe*. Pour Hippocrate (460-370 avant J.-C.) auteur de cette théorie, l'enfant se tient jusqu'au 8e mois la tête en haut dans l'utérus, il est assis sur le promontoire et maintenu dans cette situation par des liens cutanés venant de l'ombilic. Au 8e mois, les liens disparaissent, et le fœtus, opérant une culbute, se place la tête en bas. Si pour une cause quelconque, qui d'ailleurs reste dans le vague, la culbute ne s'opère pas, l'enfant reste en présentation pelvienne.

Pour compléter cette théorie, Aristote (384-322 avant J.-C.) qui avait étudié la parturition chez les animaux supérieurs, fit intervenir l'action de la pesanteur, et créa la théorie dite de la *gravitation*. Il dit, dans le IVe livre de la Génération C. 9. (Edition Scaliger) : « L'accouchement se fait naturellement la tête la première chez tous les animaux, parce qu'il y a une distance plus grande de l'ombilic à l'extrémité supérieure du corps, qu'à l'extrémité inférieure. Or, les parties les plus grandes sont les plus pesantes, c'est pourquoi, le corps étant suspendu comme le fléau d'une balance, c'est la partie qui se trouve attirée qui s'incline. »

On voit par cette explication, qu'Aristote considé-

rait le fœtus comme suspendu au cordon ombilical pendant tout le cours de la gestation. Ces idées restèrent seules admises dans l'antiquité et pendant le Moyen-Age. Les auteurs arabes n'y amenèrent aucune modification. Au XVI^e^ siècle, les études anatomique basées sur la dissection des cadavres amenèrent des notions nouvelles. Réaldus Colombus, élève de Vésale, examine la question au jour de ses connaissances anatomiques : Dans le 12^e^ livre de son ouvrage « *De re anatomica* » édité en 1559 où il traite : « De formatione fœtus et de situ infantis in utero », il rejette comme fabuleuse la théorie de la culbute admise jusque-là, parce que l'étroitesse du lieu ne permet pas de telles évolutions. Il décrit la forme oblongue de l'enfant dans la matrice, et, d'après ses observations tant sur des enfants morts que sur des enfants qu'il a extraits vivants, il admet trois ordres de présentation : la tête en bas, le siège en bas, la présentation transversale ; il leur assigne un ordre de fréquence qui est encore admis de nos jours, mais il ne donne pas de causes nouvelles aux présentations qu'il décrit. On voit quel progrès l'étude des phénomènes naturels dans la nature même a fait faire immédiatement à la question.

Les objections de Colombus ne convainquirent cependant pas tous ses contemporains, et nous voyons encore Arantius (1530-1589) admettre la culbute au 8^e^ mois ; mais il en donne une explication nouvelle : la tête se loge en haut, dans les premiers mois de la gestation parce que c'est là qu'est la partie la plus

spacieuse de l'ovoïde utérin ; à terme, la tête quitte cette situation à cause du manque de nourriture et d'espace, pour se porter en bas.

Néanmoins, l'esprit de recherche scientifique qui caractérise cette époque, continue à se manifester. Ambroise Paré (1510-1590) émet une théorie nouvelle : c'est le fœtus qui, par ses mouvements, est l'auteur de sa propre présentation ; c'est par *des déterminations instinctives et volontaires* qu'il adopterait dans la majorité des cas la présentation céphalique comme la plus opportune de toutes. Les présentations vicieuses résulteraient donc de l'absence ou de la perturbation de ces mouvements instinctifs.

Au XVII[e] siècle, l'étude de la question qui nous occupe fit peu de progrès ; Mauriceau, Portal, s'en sont peu occupés. A la fin du siècle, Pierre Dionis admet encore la théorie de la culbute, mais, comme le palper abdominal qu'il pratiquait avait pu le renseigner au moins en partie sur les rapports de la cavité utérine et de son contenu, il dit dans son *Traité général des accouchements* (1) : « Il ne fallait pas que l'enfant attendît les derniers jours pour se mettre dans la posture dans laquelle il doit sortir, il aurait été, pour lors, trop gros, et n'aurait pu se tourner avec autant de facilité. »

Vers la même époque, Henry Van Deventer ne rejette pas non plus la théorie de la culbute, mais il

(1) Dionis, *Traité général des accouchements*, 1718 2[e] *livre*, page 186.

pense que l'obliquité de l'utérus a une influence sur la production des présentations vicieuses.

Levret (1703-1780) admet également la théorie de la culbute. C'est vers le milieu et la fin du XVIII[e] siècle qu'apparaît un mouvement de réaction contre cette théorie. Smellie ne l'admet plus et démontre qu'à une période peu avancée de la gestation, la tête se trouve déjà en bas. Solayrès de Renhac et son glorieux élève Baudelocque (1746-1810) rejettent également l'opinion ancienne en s'appuyant sur des observations d'autopsies de femmes mortes en état de gestation ; de même Camper (1722-1789).

Vers la même époque Carus émet en Allemagne une curieuse théorie plus philosophique qu'obstétricale : l'enfant y est comparé à une plante : le placenta représente les racines ; comme on le croyait alors toujours inséré au fond de l'utérus, il est naturel que l'extrémité céphalique de l'enfant, sommet de la tige de la plante, se dirige à l'opposé vers l'orifice externe de l'utérus.

Au début du XIX[e] siècle, plusieurs auteurs reprennent la théorie de la pesanteur pour la soumettre à l'expérimentation, Dubois (1) en 1833, procéda à des expériences sur des fœtus morts, immergés dans un vase plein d'eau. Il trouva que si le fœtus avait été plongé en position transversale, c'était le dos ou l'épaule qui touchaient d'abord le fond du vase. Devant

(1) P. Dubois, *Mémoire sur la cause des présentations de la tête. Mémoire de l'Académie Royale de Médecine. Tome II*, p. 265. 1833.

ces résultats, il abandonna la théorie de la gravitation pour adopter l'hypothèse d'Ambroise Paré rapportant la cause des présentations aux mouvements instinctifs du fœtus.

Simpson (2) en 1849, Scanzoni en 1866, répétèrent les expériences de Dubois et arrivèrent aux mêmes résultats. En 1864, Kehrer reprit ces expériences en employant un vase en forme d'entonnoir comme reproduisant mieux la forme du segment inférieur de l'utérus. Ses expérieuces furent également défavorables à la théorie de la gravitation.

D'autres auteurs abandonnant l'idée aristotélicienne du fœtus suspendu au cordon ombilical, pensèrent que la présentation fœtale était bien due à l'action de la pesanteur; mais qu'elle dépendait de la situation du centre de gravité : s'il était plus près de la tête il était naturel que celle-ci fut entraînée la première par la pesanteur.

Kehrer en 1864, Poppel en 1868, firent à ce sujet des recherches qui ne permirent aucune conclusion certaine.

D'autres auteurs cherchèrent la solution du problème dans la différence des poids spécifiques de la tête et du reste du corps. Ils ne trouvèrent aucune différence appréciable.

En 1855, Kristeller émet une théorie nouvelle, rapportant la cause des présentations aux contrac-

(2) Simpson, *Monthly journal of médical Science*. Edinburgh 1849. Janvier et avril.

tions utérines qu'il avait observées au cours de la gestation. Il part de cette proposition, que toute autre présentation que celle de la tête trouble l'équilibre mécanique et organique de l'utérus et détermine des contractions qui rétablissent cet équilibre en reproduisant la présentation céphalique. Ces contractions, pour l'auteur, raccourciraient l'axe longitudinal de l'utérus, et, par ces raccourcissements répétés, feraient tourner la tige fœtale.

Cazeaux (1), en 1856, admet pour les présentations du siège, l'explication suivante, qui est également celle de Mme Lachapelle : « l'enfant flotte assez librement dans l'utérus jusque vers le huitième mois, sa tête peut donc, dans quelques mouvements de la mère, dans le mouvement du décubitus en particulier, se porter vers le fond de l'organe, et si l'enfant a déjà un certain volume, peut-être son grand diamètre occipito-coccygien, ne pourra repasser à travers le petit diamètre de l'ovoïde utérin, sans un mouvement aussi énergique que celui qui a changé la position. »

En 1866, Hodge (2), en Angleterre, émet une opinion analogue.

En 1868, Cohnstein base une nouvelle théorie de la culbute sur le mode de circulation du sang du fœtus.

Nous arrivons enfin à une époque où, complète-

(1) Cazeaux, *Traité des Accouchements*. 1856, page 457.
(2) Hadge, *A Système of Obstetircs*, page 166.

ment éclairé, tant au point de vue clinique qu'anatomique, Pajot entreprit d'étudier scientifiquement les lois physiques qui président à la naissance de l'homme. Dans la préface qu'il fit au Traité du Palper de M. le professeur Pinard (1), il dit : « Les praticiens éminents dans notre art, n'avaient jamais pu se résoudre complètement, à considérer la naissance de l'homme comme un fait dépendant des lois physiques, au moins dans sa majeure partie. Les plus osés faisaient intervenir la Pesanteur, pour expliquer les présentations et comme l'expérimentation ne confirmait pas l'hypothèse, on s'en tenait avec P. Dubois à cet instinct fœtal qu'il acceptait faute de mieux, sans songer qu'il revenait ainsi à la Providence et à la Grâce de Dieu, d'Avicène.

Or, la contraction utérine et l'effort volontaire, mis à part, tout le reste de l'acte fonctionnel, du début à la fin, sa préparation comme sa terminaison, en dépit de divisions classiques et surannées, tout le reste de la parturition est une application constante de la *loi d'accommodation*, c'est-à-dire d'une loi physique. »

Cette loi d'accommodation, Pajot la formula pour la première fois, à l'article *Accouchements* du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :

« *Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mou-*

(1) *Traiié du Palper*, page VIII.

vements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. » Telle est cette loi. Elle rend parfaitement compte de la fréquence des présentations céphaliques.

Les présentations vicieuses s'expliquent par toutes les causes mettant obstacles à l'accommodation normale.

Nous trouvons un exposé de ces causes de présentations pelviennes, dans le traité du Palper déjà cité. M. le professeur Pinard distingue dans les présentations du siège deux grandes variétés : la variété franche et la variété accidentelle ; à chacune de ces variétés répondent des causes différentes. Voilà ce qui est dit de la variété franche (1) de beaucoup la plus rare. Elle est le résultat d'une véritable accommodation, mais qui s'est produite en sens inverse pour les extrémités fœtales. La cause, ou plutôt les causes de cette accommodation anormale résident soit dans le volume exagéré de la tête fœtale (hydrocéphalie), soit dans le peu de développement de tous les éléments qui constituent l'extrémité pelvienne, alors que la tête offre un développement considérable, sans cependant être pathologique, ainsi que j'ai pu le constater dans plusieurs circonstances en prenant avec soin les mensuations des diverses parties fœtales, peut-être aussi dans une malformation uté-

(1) *Traité du Palper*, page 17.

rine produisant un développement plus marqué du segment inférieur que du segment supérieur de l'utérus.

Enfin, comme cette variété s'observe surtout chez les primipares, je suis tout disposé à admettre qu'à un moment de la grossesse, le fœtus, qui jusque-là avait évolué librement sous tous ses axes, se trouve surpris la tête en haut, alors que son volume s'étant accru, l'étendue de son grand diamètre longitudinal l'emporte sur les dimensions transverses et antéro-postérieures de l'utérus, surtout quand la tonacité de la paroi utérine et des parois abdominales, qui doublent les premières, s'opposent à toute élongation du diamètre. »

La variété accidentelle s'observe dans le cas où : « Il n'y a aucune accommodation ni utérine ni pelvienne, par conséquent aucune présentation. Lorsque le travail débute, la contraction utérine, rétrécissant les diamètres transverses, sollicite la présentation longitudinale, l'immobilise, et alors se trouve au niveau du détroit supérieur la tête ou le siège ». La cause résulte ici de l'absence d'un ou de plusieurs facteurs de l'accommodation : la petitesse du fœtus, la grande quantité du liquide, la laxité de la paroi utérine et de la paroi abdominale, la grossesse gémélaire, la macération du fœtus.

M. le professeur Pinard dit encore un peu plus loin (1) : « Chez les multipares, la paroi abdominale

(1) *Traité du Palper*, page 19.

a été distendue, sa cavité est bien plus grande, en raison surtout de l'écartement de la ligne blanche et par cela même de la distance qui sépare le bord interne des muscles grands droits ; alors l'utérus n'est plus soutenu, son grand axe devient oblique, on le trouve en écharpe, en diagonale, ou bien le fond retombe en avant, le ventre est en besace, l'utérus en antéversion. L'axe fœtal, tout en concordant avec l'axe utérin, n'est plus parallèle à l'axe pelvien. Le diaphragme utérin reste au niveau du plan du détroit supérieur, le col devient moins accessible, la partie fœtale n'est pas sollicitée à s'engager, et la contraction utérine ne suffit pas toujours à ramener le grand axe de l'organe sur la ligne médiane.

C'est dans ces conditions que, pendant l'intervalle des contractions de la paroi utérine et de la paroi abdominale, l'enfant peut évoluer, changer de présentations, surtout lorsqu'il est petit. On conçoit alors qu'au moment du travail, telle ou telle région soit surprise et immobilisée au niveau du détroit supérieur. »

Dans le livre de MM. Ribemond-Dessaigne et Lepage (1) nous relevons les causes suivantes de présentation du siège : Malformation utérine, hydrocéphalie fœtale, petitesse du fœtus, gemmellité, mort, avec ou sans macération, hydropisie de l'amnios, insertion du placenta sur le segment inférieur, rétré-

(1) *Traité d'Accouchement*, 1894. page 455.

cissement du bassin, laxité de la paroi utérine et abdominale, fibrômes utérins.

La question en était à ce point, quand un facteur étiologique important fut mis en lumière par M. le professeur Wallich. Dans ses Eléments d'Obstétrique, après avoir cité la loi d'accommodation de Pajot, il ajoute (1) : « A cette explication classique de l'accommodation, on peut ajouter que la tête du fœtus, partie la plus résistante, partie irréductible de l'ovoïde fœtal, se place plus volontiers dans le segment inférieur de l'utérus moins contractile. » Dans le cas où pour une raison quelconque, l'extrémité céphalique ne pourra pas être admise dans ce segment inférieur, c'est le siège *déformable*, *malléable*, qui y prendra place.

L'influence de l'insertion basse du placenta sur la production des présentations du siège est d'ailleurs enseignée depuis de longues années par notre maître le Professeur Pinard.

Tel est, actuellement, à notre connaissance, l'état de la question qui nous occupe, ce n'est, en somme, que depuis assez peu de temps que les recherches sont orientées dans un sens profitable ; ces recherches nous ont paru encore peu nombreuses, et nous avons jugé intéressant d'y apporter le modeste appoint de nos documents.

---

(1) Wallich, *Elément d'Obstétrique*, 1910, page 11.

CHAPITRE II

DISCUSSION DES THÉORIES ÉMISES

Avant d'entamer l'exposé de nos documents, nous allons examiner toutes les causes de présentation du siège qui ont été données jusqu'ici pour les discuter, éliminer certaines d'entre elles, conserver les autres pour les rechercher dans nos observations.

L'antique conception de la culbute qui a si longtemps fait autorité est totalement ruinée à l'heure actuelle. D'ailleurs, elle ne s'appuyait sur aucun argument sérieux et ne tendait qu'à expliquer ce fait, qui peut s'expliquer maintenant d'une manière différente, que les enfants se présentent d'autant plus souvent par le siège que leur naissance précède de plus longtemps le terme normal de la gestation. Nous ne nous arrêterons donc pas à cette hypothèse.

La théorie de la gravitation, œuvre d'un physicien, est ingénieuse et satisfait l'esprit à priori ; mais, à

un examen approfondi, elle paraît difficile à admettre. Voici d'abord les objections que lui appose Simpson : 1° La théorie de la gravitation est basée sur la station verticale de la mère qui n'est pas constante ; 2° on ne peut considérer en aucune façon, l'enfant comme suspendu au cordon ombilical, car celui-ci est trop long ; 3° les fœtus hydrocéphales naissent rarement en présentation de la tête, les anancéphales fréquemment, au contraire ; 4° les enfants morts ou nés prématurément, se présentent souvent par l'extrémité pelvienne.

Nous avons vu plus haut, les expériences de Dubois, Simpson, Scanzoni, Kehrer ; elles démontrent au moins que la pesanteur n'est pas le facteur principal des présentations. Certains auteurs plus modernes, ont repris la théorie de la gravitation, en abandonnant la conception du fœtus suspendu par l'ombilic, comme le fléau d'une balance à son point d'attache ; ils supposaient que c'était la situation du centre de gravité du corps du fœtus, point d'application de la force de la pesanteur qui déterminait la présentation. Nous avons vu que l'expérience avait encore infirmé cette hypothèse. D'autres auteurs ont supposé que la tête pouvait être entraînée la première parce que son poids spécifique était supérieur à celui des autres parties du corps : vérification faite, il n'en est rien.

De quelque façon que l'on essaye de la faire revivre, cette théorie nous paraît actuellement bien difficile à soutenir ; cependant, au dire de L. Seitz de Mu-

nich (1) elle aurait encore des partisans : Holshausen, Veit, Ahlfeld.

La théorie d'Ambroise Paré, reprise par Dubois, marque un progrès sensible dans la question. En effet, elle peut, plus que les précédentes, s'appuyer sur des constatations cliniques : elles tendent à expliquer les mouvements du fœtus in utéro, et expliquent également d'une façon vraisemblable ce fait que le fœtus mort au cours de la gestation, se présente indifféremment par le siège ou la tête. Mais on lui a opposé de sérieuses objections.

Il ne peut être, à notre avis, tiré contre cette théorie, aucun argument de ce qu'elle fait intervenir une impulsion instinctive ; il se rencontre dans la nature des faits bien plus étonnants, que l'on explique par l'instinct. Mais plusieurs auteurs font remarquer que cette théorie prête au fœtus des mouvements coordonnés, dans le but de se placer dans la présentation la plus favorable, or, les centres de coordination n'étant pas encore formés (2) des mouvements coordonnés dans un but déterminé ne peuvent se produire. On objecte de plus, que, si l'explication donnée par Dubois était juste, les mouvements fœtaux ne devraient s'observer que lorsqu'il y a présentation vicieuse, or, ils s'observent couramment avec

(1) In von Winkel, *Handbuch der Geburtshulfe*, 1904, tome I, 2e partie, page 1016.

(2) Il serait peut-être plus exact de dire que les réactions motrices volontaires n'existent pas, leurs voies de conduction n'étant pas encore formées.

des présentations céphaliques. On objecte enfin que la force musculaire du fœtus n'est pas assez grande pour lutter contre la tonicité utérine et abdominale, tendant à entraver l'évolution de la tige fœtale.

Simpson émet une théorie voisine de celle de Dubois, mais elle diffère parce qu'il ne s'agit plus pour lui de mouvements coordonnés, mais de simples réflexes qui provoquent des mouvements chez le fœtus et qui ne cessent que lorsque ces mouvements ont amené une présentation normale où la gêne qui provoquait les réflexes n'existe plus. La reproduction fréquente de ces mouvements s'explique ; ils se produisent toutes les fois que la bonne présentation menace de changer.

Certainement, cette explication est un peu vague et laisse au hasard toute la part que Dubois faisait à l'impulsion instinctive. D'ailleurs, si les arguments tirés de la non formation des centres de coordination et de la persistance des mouvements fœtaux, quelle que soit la présentation, ne sont plus valables contre cette théorie, la troisième objection, tirée de la faiblesse du fœtus, vis-à-vis de la tonicité de son contenant, persiste. Dans l'article du livre de Von Vinkel que nous mentionnions plus haut, nous trouvons une nouvelle objection : Si le fœtus avait, in utéro, une sensibilité superficielle telle que la suppose Simpson, à la naissance, les causes multiples d'excitation extérieure ne manqueraient pas de provoquer chez lui des convulsions. Nous n'admettons pas les théories de Dubois et de Simpson. Aussi bien verrons-

nous par la suite, que les présentations du fœtus peuvent s'expliquer sans les faire intervenir.

La théorie de Kristeller constitue encore un progrès dans l'étude de la question ; son auteur a compris que l'utérus n'était pas à considérer comme une enveloppe inerte et flasque, mais qu'il jouait, même pendant la gestation, un rôle actif par ses contractions indolores. Malheureusement, l'auteur n'a pas conçu avec justesse le mode d'action de la musculature utérine. L'explication qu'il donne des causes déterminant la contraction utérine est un peu nuageuse : ce n'est, dit-il, que dans le segment inférieur de l'utérus que la tête trouve une position stable de repos. En outre, s'il est possible d'admetre que des raccourcissements du diamètre longitudinal de l'utérus puissent forcer la tige fœtale devenue plus grande que ce diamètre à faire avec lui un certain angle, on comprend moins aisément que cette tige continue sa rotation sous l'influence de la même cause répétée et surtout, franchisse le diamètre transversal de l'utérus bien plus petit que le diamètre longitudinal. D'ailleurs, les constatations cliniques sont nettement à l'encontre de cette théorie ; en effet, nous lisons dans le « Traité du Palper » (1) : « Pendant toute la durée de la grossesse, il existe des contractions indolores de l'utérus, et il est prouvé que, quand l'utérus se contracte, il rétrécit ses diamètres transversaux, et augmente ses diamètres longitudi-

(1) *Traité du Palper*, 1878, page 13

naux. » Or, toute la théorie de Kusteller est basée sur le rétrécissement des diamètres longitudinaux par la contraction. Nous ne pouvons donc en aucune façon l'admettre.

En somme, on peut dire que nous n'avons vu jusqu'ici aucune théorie satisfaisante, et que le problème restait encore intact quand enfin Pajot émit sa loi d'accommodation, qui jeta immédiatement la lumière sur cette question des rapports du fœtus et de la cavité utérine. Irréprochable au point de vue physique, cette loi est parfaitement conforme aux constatations cliniques faites jusqu'ici ; toutes les conditions de cette loi s'appliquent au cas qui nous occupe. Les contractions indolores de l'utérus au cours de la gestation et aussi les mouvements de la mère fournissent de suffisantes alternatives de mouvements et de repos, l'ovoïde utérin, pas plus que le fœtus replié sur lui-même, n'offrent de parties anguleuses. Le liquide amniotique, l'enduit sébacé qui recouvre la peau du fœtus, le poli de la face interne de l'œuf, facilitent les glissements. Nous savons, d'autre part, que la grosse extrémité de l'ovoïde utérin est située à la partie supérieure, la petite à la partie inférieure. La grosse extrémité de l'ovoïde fœtal est constitué par le siège accompagné des membres inférieurs pelotonnés, la petite par la tête. Si l'on applique la loi de l'accommodation, l'on voit que la tête doit se loger dans le segment inférieur, et le siège dans le fond de l'utérus. On comprend alors facilement pourquoi les hydrocéphales se présentent toujours par le siège.

La tête est dans ce cas, la plus grosse extrémité de l'ovoïde fœtal ; si les ancéphales se présentent toujours par l'extrémité céphalique c'est que cette extrémité est encore plus petite qu'à l'état normal. Enfin, cette loi permet de grouper les causes des présentations vicieuses dans une grande catégorie définie ; ce sont toutes les causes où un des éléments de la loi d'accommodation fait défaut.

Une adjonction à la loi qui régit les présentations du fœtus était nécesaire, c'est celle que M. le professeur agrégé Wallich y a apportée. La loi de Pajot, en effet, n'envisage les corps solides considérés que dans leurs dimensions, abstraction faite de toute compression possible ; or, en dehors de cette question de dimensions, les présentations fœtales présentent des degrés de dépressibilité et de malléabilité bien différentes selon qu'il s'agit de la tête ou du siège et ceci est important, si l'on songe que la présentation peut avoir à s'adapter à un segment inférieur déformé.

En somme, dans l'examen de nos documents, nous ne rechercherons que les causes qui ont été mises en lumière depuis l'apparition de la loi de l'accommodation ; c'est-à-dire : l'insertion du placenta sur le segment inférieur, les rétrécissements du bassin, les tumeurs utérines et pelviennes, les malformations utérines, excès de liquide et l'hydrocéphalie fœtale. Dans les observations qui ne présenteront aucune de ces causes, nous rechercherons s'il n'en est pas quelque autre qui puisse rendre compt ede la présentation du siège.

CHAPITRE III

EXPOSÉ DE NOS DOCUMENTS

Nous avons, comme nous le disions plus haut, examiné toutes les observations d'accouchements par présentation du siège qui se sont produits à la Clinique Baudelocque du 1er janvier 1903 au 1er janvier 1913. Nous éliminerons du nombre de ces observations toutes celles qui ont trait à des fœtus morts et macérés ainsi qu'à des gestations multiples ; de même, nous ne citerons pas les observations où l'enfant pesait moins de 2000 grammes. Il nous reste ainsi un total de 611 observations, dans lesquelles nous avons relevé les causes actuellement admises de présentation pelvienne. Nous allons exposer ces observations en les classant d'après les causes que nous y avons trouvées. Dans un premier groupe, nous placerons les observations où nous avons relevé une seule cause ; dans un deuxième groupe, celles où nous avons

relevé deux causes ; dans un troisième groupe, celles où nous avons relevé trois causes, et enfin dans un quatrième, celles où nous n'en avons trouvé aucune. Nous signalerons dans ces observations : la parité, l'âge de la gestation, le poids de l'enfant, la mensuration des membranes et l'attitude des membres inférieurs.

OBSERVATIONS A CAUSE UNIQUE

(373 Observations)

1° INSERTION DU PLACENTA SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR (324 observations)

A. — Sièges Complets (87 observations)

a. Primipares. — 38 observations

Année 1903

N°	340	9e mois	Enfant	de 3700 gr.	membranes	25/9
»	377	à terme.	»	» 3600 »	»	35/7
»	475	9e mois.	»	» 3150 »	»	29/8
»	1246	9e mois	»	» 2500 »	»	27/8
»	1267	9e mois	»	» 3330 »	»	?/9
N°	1818	à terme	»	» 2700 »	»	24/8

Année 1905

N°	379	9e mois.	»	» 2300 »	»	26 5
»	619	9e mois	»	» 2450 »	»	30/6

Année 1906

N°	201	à terme	Enfant de	2530 gr.	membranes 28/4
»	446	8e mois	»	2100 »	» 30/7
»	1053	9e mois	»	2450 »	» 34/4

Année 1907

N°	24	à terme	»	3950 »	» 34/4
»	1261	9e mois	»	2250 »	» 24/9
»	1383	9e mois	»	2200 »	» 30/7
»	1763	8e mois	»	2200 »	» 34/6

Année 1908

N°	815	à terme	»	2800 »	» 31/7
»	1105	9e mois	»	3420 »	» 38/5
»	1203	9e mois	»	2750 »	» 28/5
»	2059	9e mois	»	2900 »	» 36/3

Année 1909

N°	71	à terme	»	4000 »	» 31/6
»	197	à terme	»	2900 »	» 38/1
»	396	à terme	»	3250 »	» 30/6
»	1686	?	»	2330 »	» 26/8
»	1856	à terme	»	3200 »	» 30/6

Année 1910

N°	227	à terme	»	2950 »	» 25/4
»	982	à terme	»	2770 »	» 31/5
»	1037	9e mois	»	2950 »	» 32/6
»	1062	à terme	»	2600 »	» 33/8
»	1325	9e mois	»	2120 »	» 31/5
»	1714	à terme	»	3400 »	» 27/5

Année 1911

N°	780	à terme	Enfant de	2720 gr.	membranes	23/7
»	1621	9e mois	» »	2420 »	»	26/7

Année 1912

N°	72	9e mois	» »	3000 »	»	28/8
»	163	9e mois	» »	2910 »	»	24/0
»	775	à terme	» »	2910 »	»	21/8
»	975	à terme	» »	3850 »	»	26/9
»	1128	à terme	» »	3420 »	»	31/7
»	1431	?	» »	2700 »	»	20/8

b. Multipares. — 49 observations

Année 1903

N°	78	III	?	» »	2480	» 30/0
»	306	III	9e mois	» »	3420	» 39/0
»	684	IV	9e mois	» »	2500	» 27/4
»	818	V	à terme	» »	3320	» 30/1
»	1241	II	9e mois	» »	2550	» 34/9
»	1434	II	9e mois	» »	3500	» 29/0
»	1749	II	9e mois	» »	2080	» 25/5
»	1769	VII	9e mois	» »	3230	» 32/8

Année 1904

N°	509	II	9e mois	» »	3360	» 36/3
»	1183	V	8e mois	» »	4000	» 28/8
»	1222	II	à terme	» »	2690	» 24/3
»	1289	II	9e mois	» »	3030	» 38/6
»	1371	III	9e mois	» »	3200	» 36/6
»	1635	II	9e mois	» »	2900	» 26/6

Année 1905

N°	24	II	à terme.	Enfant de	3350	Membranes	36/9
»	443	II	8e mois	»	2480	»	23/9
»	1256	VII	9e mois	»	2800	»	35/6
»	1290	III	9e mois	»	2600	»	28/6
»	1837	II	9e mois	»	2500	»	35/2

Année 1906

N°	539	III	8e mois	»	3130	»	26/7
»	1050	V	9e mois	»	3120	»	31/5
»	1058	III	?	»	2925	»	24/4
»	1292	III	9e mois	»	2950	»	40/8

Année 1907

N°	133	IV	à terme	»	3500	»	42/0
»	1365	V	?	»	3000	»	32/2
»	1727	XI	à terme	»	3400	»	30/9
»	1764	II	8e mois	»	2900	»	34/0

Année 1908

N°	240	VIII	9e mois	»	2500	»	20/3
»	362	IV	à terme	»	3450	»	34/7
»	543	II	?	»	3100	»	35/0
»	891	III	à terme	»	3700	»	37/8
»	1592	IV	9e mois	»	2450	»	31/2

Année 1909

N°	1999	II	à terme	»	3400	»	27/0

Année 1910

N°	867	II	8e mois.	Enfant	de	3o5o	Membranes	34/2
»	1045	III	à terme	»	»	3300	»	24/0
»	1854	II	à terme	»	»	3150	»	30/5

Année 1911

N°	585	II	9e mois	»	»	2430	»	36/2
»	686	III	à terme	»	»	3220	»	30/5
»	737	II	9e mois	»	»	3000	»	24/5
»	814	II	9e mois	»	»	2900	»	30/2
»	885	II	9e mois	»	»	3840	»	34/7
»	1006	IX	à terme	»	»	2950	»	33/3
»	1315	II	à terme	»	»	3070	»	34/6
»	1467	V	9e mois	»	»	2780	»	31/6
»	1721	II	9e mois	»	»	2200	»	37/6

Année 1912

»	335	II	à terme	»	»	3350	»	31/2
»	484	IV	à terme	»	»	3500	»	27/5
»	1021	VI	à terme	»	»	3710	»	35/7
»	1031	II	à terme	»	»	3070	»	30/6

B. — **Sièges décomplétés mode des fesses** (216 observations)

a. Primipares. — 134 observations

Année 1903

N°	5	9e mois	»	»	3240	»	»	36/5
»	1028	9e mois	»	»	2950	»	»	39/9
»	1200	9e mois	»	»	2950	»	»	34/1
»	1251	à terme	»	»	2750	»	»	24/4
»	1527	9e mois	»	»	2750	»	»	33/2
»	1744	9e mois	»	»	2950	»	»	33/4
»	1811	9e mois	»	»	2030	»	»	27/4

Année 1904

N°	156.	9e mois.	Enfant de	2000 gr.	Membranes	25/5
»	332	?	» »	3470 »	»	27/2
»	563	à terme	» »	2650 »	»	28/8
»	707	9e mois	» »	2850 »	»	30/5
»	893	9e mois	» »	2750 »	»	38/8
»	895	à terme	» »	3000 »	»	38/8
»	956	9e mois	» »	3000 »	»	37/4
»	1209	à terme	» »	2570 »	»	29/4
»	1232	9e mois	» »	2750 »	»	28/3
»	1258	9e mois	» »	3100 »	»	20/4
»	1512	à terme	» »	3200 »	»	32/5
»	1579	9e mois	» »	2700 »	»	28/6
»	1586	9e mois	» »	2680 »	»	29/7
»	1679	9e mois	» »	3350 »	»	27/4

Année 1905

N°	15	9e mois	» »	3800 »	»	31/5
»	457	à terme	» »	3300 »	»	25/7
»	515	à terme	» »	3660 »	»	26/5
»	526	9e mois	» »	2850 »	»	26/3
»	552	9e mois	» »	2560 »	»	27/6
»	620	9e mois	» »	3320 »	»	31/0
»	644	9e mois	» »	3040 »	»	30/8
»	887	à terme	» »	3500 »	»	29/9
»	935	9e mois	» »	2200 »	»	27/7
»	1147	à terme	» »	3000 »	»	34/7
»	1268	9e mois	» »	2750 »	»	32/6
»	1704	9e mois	» »	2270 »	»	25/0
»	1781	9e mois	» »	2650 »	»	35/4
»	1895	8e mois	» »	2100 »	»	29/3

Année 1906

N°	231.	9e mois.	Enfant de		2750 gr.	Membranes	28/7
»	273	9e mois	»	»	2700 »	»	27/5
»	402	9e mois	»	»	2430 »	»	23/3
»	530	?	»	»	2750 »	»	27/7
»	543	à terme	»	»	3400 »	»	30/7
»	814	9e mois	»	»	2500 »	»	29/5
»	889	à terme	»	»	3200 »	»	35/4
»	1160	8e mois	»	»	2200 »	»	31/9
»	1482	9e mois	»	»	2700 »	»	34/6
»	1513	9e mois	»	»	3100 »	»	22/8

Année 1907

N°	6	9e mois	»	»	3100 »	»	27/3
»	220	9e mois	»	»	2750 »	»	32/8
»	280	à terme	»	»	3400 »	»	29/3
»	374	?	»	»	3100 »	»	33/2
»	671	9e mois	»	»	3500 »	»	30/8
»	1014	9e mois	»	»	2700 »	»	23/3
»	1025	à terme	»	»	3300 »	»	27/5
»	1029	9e mois	»	»	2670 »	»	27/7
»	1048	à terme	»	»	3250 »	»	30/4
»	1290	à terme	»	»	3800 »	»	32/3
»	1252	?	»	»	3350 »	»	30/8
»	1556	à terme	»	»	2800 »	»	29/5
»	1876	9e mois	»	»	3500 »	»	30/9
»	1915	9e mois	»	»	2750 »	»	25/6
»	1945	9e mois	»	»	2450 »	»	30/7
»	1968	?	»	»	2400 »	»	28/8

Année 1908

N°	41.	9e mois.	Enfant de	3100 gr.	Membranes	33/9
»	163	à terme	»	3620 »	»	29/5
»	172	9e mois	»	2880 »	»	25/7
»	247	?	»	3070 »	»	26/6
»	746	9e mois	»	2350 »	»	33/6
»	793	8e mois	»	2700 »	»	27/5
»	828	9e mois	»	2980 »	»	33/6
»	830	?	»	3600 »	»	26/8
»	855	9e mois	»	3100 »	»	33/8
»	1021	à terme	»	3270 »	»	32/6
»	1273	à terme	»	3270 »	»	36/8
»	1618	9e mois	»	3070 »	»	28/5
»	1660	9e mois	»	2800 »	»	25/5
»	1685	à terme	»	3100 »	»	32/7
»	2106	à terme	»	3500 »	»	30/4

Année 1909

N°	297	à terme	»	3050 »	»	29/2
»	379	à terme	»	2700 »	»	32/3
»	594	à terme	»	3100 »	»	25/5
»	611	8e mois	»	2000 »	»	27/6
»	703	à terme	»	2970 »	»	27/6
»	993	9e mois	»	2270 »	»	32/7
»	1408	9e mois	»	2490 »	»	30/6
»	1794	9e mois	»	3030 »	»	31/6
»	1809	à terme	»	3170 »	»	26/4
»	1846	9e mois	»	2250 »	»	24/5
»	1876	9e mois	»	2550 »	»	25/8

Année 1910

N°	548	à terme.	Enfant de	2970 gr.	Membranes	24/8
»	550	à terme	» »	2950 »	»	29/6
»	684	à terme	» »	3130 »	»	29/2
»	730	9e mois	» »	3000 »	»	35/6
»	742	à terme	» »	2900 »	»	27/9
»	829	9e mois	» »	2450 »	»	28/4
»	852	9e mois	» »	2470 »	»	22/6
»	1233	9e mois	» »	2350 »	»	28/1
»	1240	9e mois	» »	2950 »	»	32/2
»	1387	à terme	» »	3140 »	»	28/8
»	1557	9e mois	» »	3225 »	»	26/2
»	1558	9e mois	» »	3120 »	»	33/7
»	1984	à terme	» »	3080 »	»	28/6

Année 1911

N°	32	à terme	» »	2600 »	»	25/5
»	162	9e mois	» »	2600 »	»	23/2
»	348	9e mois	» »	3000 »	»	27/7
»	611	à terme	» »	2910 »	»	22/5
»	810	à terme	» »	3100 »	»	28/1
»	854	à terme	» »	3200 »	»	32/5
»	960	9e mois	» »	3130 »	»	25/3
»	1074	à terme	» »	2890 »	»	23/9
»	1167	à terme	» »	2940 »	»	29/6
»	1286	9e mois	» »	2950 »	»	29/9
»	1293	8e mois	» »	2500 »	»	29/3
»	1323	à terme	» »	3440 »	»	29/3
»	1395	9e mois	» »	2650 »	»	28/3
»	1471	9e mois	» »	2850 »	»	26/6
»	1524	9e mois	» »	3000 »	»	25/8
»	1560	à terme	» »	3550 »	»	27/6
»	1573	9e mois	» »	2820 »	»	34/6
»	1661	à terme	» »	3160 »	»	22/8
»	1679	à terme	» »	2490 »	»	24/3
»	1722	9e mois	» »	3200 »	»	26/5

Année 1912

N°	82.	à terme.	Enfant de	3050 gr.	Membranes	27/6
»	142	à terme	»	3400 »	»	32/5
»	153	9e mois	»	2680 »	»	28/2
»	244	à terme	»	3350 »	»	25/6
»	756	à terme	»	3700 »	»	?/2
»	837	à terme	»	2850 »	»	30/5
»	858	à terme	»	2830 »	»	30/6
»	1036	9e mois	»	3150 »	»	29/2
»	1105	à terme	»	3100 »	»	24/2
»	1110	9e mois	»	2730 »	»	26/7
»	1147	8e mois	»	2230 »	»	25/5
»	1264	9e mois	»	2330 »	»	28/5
»	1300	à terme	»	2650 »	»	28/3
»	1342	?	»	3580 »	»	26/8

b. Multipares. — 82 observations

Année 1903

N°	582	II	9e mois	»	2080 »	»	29/5
»	682	II	9e mois	»	2930 »	»	30/7
»	983	VII	9e mois	»	3080 »	»	25/7
»	1267	II	9e mois	»	2730 »	»	25/8
»	1950	II	9e mois	»	2550 »	»	26/2

Année 1904

N°	111	III	9e mois	»	2450 »	»	29/9
»	286	XIV	à terme	»	3770 »	»	38/8
»	1311	II	9e mois	»	2200 »	»	29/8
»	1448	II	à terme	»	3000 »	»	29/1
»	1715	II	9e mois	»	2850 »	»	27/9

Année 1905

N°	28	II	9e mois	Enfant de	»	3500 gr.	Membranes	26/2
»	556	IV	9e mois	»	»	2970 »	»	32/4
»	1020	IV	à terme	»	»	2930 »	»	29/7
»	1126	II	à terme	»	»	3150 »	»	23/9
»	1176	II	9e mois	»	»	3100 »	»	26/5
»	1327	II	9e mois	»	»	2470 »	»	37/0
»	1457	IV	?	»	»	2900 »	»	32/3
»	1609	II	à terme	»	»	2300 »	»	29/5

Année 1906

N°	280	X	à terme	»	»	4050 »	»	36/9
»	937	VI	9e mois	»	»	2100 »	»	32/3
»	1034	V	9e mois	»	»	3600 »	»	27/9
»	1052	II	8e mois	»	»	2150 »	»	27/3
»	1259	II	à terme	»	»	4050 »	»	29/5
»	1631	III	9e mois	»	»	2830 »	»	32/7
»	1733	III	9e mois	»	»	2720 »	»	26/9
»	1825	VI	à terme	»	»	3800 »	»	36/6
»	2004	X	à terme	»	»	3100 »	»	35/5
»	2086	VII	à terme	»	»	3500 »	»	32/5

Année 1907

N°	279	VII	à terme	»	»	3750 »	»	34/5
»	290	II	9e mois	»	»	2800 »	»	29/8
»	407	XIII	9e mois	»	»	3820 »	»	32/5
»	678	V	à terme	»	»	3000 »	»	33/8
»	856	II	?	»	»	3300 »	»	27/6
»	965	V	à terme	»	»	3100 »	»	33/6
»	1451	II	?	»	»	2850 »	»	28/2
»	1757	III	9e mois	»	»	2720 »	»	31/6
»	1834	II	à terme	»	»	3800 »	»	36/7

Année 1908

N°	254	IV	9e mois	Enfant de	2530 gr.	Membranes		31/7
»	275	II	9e mois	»	» 3240 »	»		35/6
»	386	III	9e mois	»	» 2200 »	»		27/6
»	760	II	à terme	»	» 3100 »	»		42/4
»	858	V	à terme	»	» 3250 »	»		28/9
»	1158	II	9e mois	»	» 2550 »	»		30/4
»	1491	II	8e mois	»	» 2620 »	»		29/3
»	1588	II	à terme	»	» 3050 »	»		30/8
»	1709	II	9e mois	»	» 3100 »	»		25/7
»	2175	V	à terme	»	» 3600 »	»		36/7

Année 1909

»	305	III	à terme	»	» 2700 »	»		32/6
»	351	II	à terme	»	» 3000 »	»		31/2
»	495	II	à terme	»	» 3000 »	»		22/8
»	1179	IX	9e mois	»	» 3150 »	»		30/6
»	1652	IV	9e mois	»	» 2700 »	»		41/0
»	1697	IV	à terme	»	» 3900 »	»		30/0

Année 1910

N°	79	III	8e mois	»	» 2050 »	»		19/3
»	131	VI	9e mois	»	» 4050 »	»		30/9
»	426	II	9e mois	»	» 2850 »	»		20/8
»	820	II	à terme	»	» 3370 »	»		32/4
»	864	II	9e mois	»	» 3130 »	»		26/6
»	1054	II	7e mois	»	» 2000 »	»		30/6
»	1127	III	à terme	»	» 3850 »	»		28/6
»	1208	III	?	»	» 3320 »	»		31/8
»	1266	IV	à terme	»	» 3250 »	»		26/6
»	1832	II	à terme	»	» 2570 »	»		28/8

Année 1911

N°	44	II	à terme	Enfant	de	3620 gr.	Membranes	28/6
»	860	III	à terme	»	»	3800 »	»	30/9
»	1251	II	9 mois	»	»	2870 »	»	26/5
»	1340	II	à terme	»	»	2310 »	»	27/4
»	1441	II	9e mois	»	»	2830 »	»	30/6
»	1558	II	à terme	»	»	3350 »	»	28/3
»	1741	II	9e mois	»	»	2680 »	»	27/6

Année 1912

»	272	II	9e mois	»	»	2650 »	»	28/9
»	319	II	9e mois	»	»	2770 »	»	26/7
»	606	II	9e mois	»	»	3120 »	»	26/5
»	640	VI	à terme	»	»	3850 »	»	29/7
»	648	II	à terme	»	»	3950 »	»	27/4
»	672	III	? (1)	»	»	2230 »	»	22/9
»	695	II	à terme	»	»	3350 »	»	28/6
»	793	II	9e mois	»	»	2930 »	»	27/7
»	1113	V	9e mois	»	»	3800 »	»	32/5
»	1193	II	à terme	»	»	4520 »	»	37/3
»	1233	VIII	8e mois	»	»	2170 »	»	30/9
»	1481	IX	à terme	»	»	3150 »	»	26/7

C. — **Siège décomplété mode des pieds** (1 observation)

Année 1904

N°	1476	I	9e mois	»	»	2300 »	»	25/5

(1) *Fécondée pendant l'allaitement.*

D. — **Sièges décomplétés mode des genoux** (2 observations)

Année 1904

N° 1774 II ? Enfant de 3200 gr. Membranes 35/5

Année 1906

N° 1295 V ? » » 4000 » » 30/6

E. — **Observations où l'attitude des membres inférieurs n'a pas été mentionnée**

a' Primipares. — 3 observations

Année 1908

N° 1482 ? Enfant de 2300 gr. Membrane 30/9

Année 1910

» 352 à terme » » 2100 » » 30/3

Année 1911

» 1789 9e mois » » 2910 » » 24/6

b. Multipares. — 15 observations

Année 1903

N°	343	VI	9e mois	»	» 3100	»	29/1
»	457	XV	?	»	» 3200	»	30/3
»	722	III	?	»	» 2300	»	34/5
»	738	VII	9e mois	»	» 4100	»	20/3
»	1056	V	?	»	» 2440	»	25/6

Année 1904

N° 665 II à terme Enfant de 3920 gr. Membranes 36/7

Année 1907

N° 485 II à terme » » 3510 » » 35/5

Année 1908

N° 1217 II à terme » » 3400 » » 31/8
» 1241 III à terme » » 3500 » » 36/8
» 1686 VII 9e mois » » 3550 » » 37/6

Année 1909

N° 1445 III à terme » » 3820 » » 34/0

Année 1910

N° 375 II 9e mois » » 2650 » » 27/1
» 496 IV à terme » » 3270 » » 33/8

Année 1911

N° 767 XI à terme » » 4400 » » 32/4
» 1513 VIII à terme » » 3750 » » 32/3

2° **MALFORMATION UTÉRINE** (28 observations)

A. — **Sièges Complets** (15 observations)

a. Primipares. — 9 obsrevations

Année 1905

N° 1524 9e mois. Enfant de 2750 gr. membranes 34/10

Année 1907

N°	348	9e mois.	Enfant de	2850 gr.	membranes	?
»	590	9e mois	»	2800 »	»	?
»	1635	à terme	»	2360 »	»	?
»	1783	9e mois	»	5350 »	»	32/10

Année 1909

N°	1222	7e mois	»	2100 »	»	26/11

Année 1910

N°	455	9e mois	»	2570 »	»	?
»	977	à terme	»	2450 »	»	?

Année 1912

N°	365	?	»	2450 »	»	?

b. Multipares. — 6 observations

Année 1907

N°	640	II	8e mois	2300 »	»	33/11
»	1930	III	à terme	3800 »	»	28/13

Année 1909

»	708	III	9e mois	3000 »	»	27/11

Année 1911

N°	8	IV	à terme	3190 »	»	27/12
»	676	III	9e mois	2000 »	»	?

Année 1912

N° 454 II 9e mois Enfant 2850 gr. Membranes 29/10

B. — **Sièges décomplétés mode des fesses** (13 observations)

a. Primipares. — 8 observations

Année 1905

N° 1671 à terme Enfant de 3160 gr. Membranes 34/12

Année 1907

N° 85 9e mois » » 2550 » » ?

Année 1908

N° 111 à terme » » 3600 » » 30/10
» 1015 à terme » » 2830 » » 26/15

Année 1909

N° 640 9e mois » » 3120 » » 32/14
» 942 à terme » » 3500 » » 27/10

Année 1910

N° 949 à terme » » 3120 » » ?

Année 1911

N° 1502 à terme » » 3160 » » ?

b. Multipares. — (5 observations)

Année 1906

N° 721 II 9e mois Enfant 2700 gr. Membranes ?

Année 1909

N° 1051 II 9e mois » 3150 » » 32/12

Année 1910

N° 180 II 9e mois » 3220 » » 30/10
» 1965 II à terme » 3290 » » 27/18

Année 1912

N° 939 II 9e mois » 2980 » » ?

3° **RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN** (8 observations)

A. — **Sièges Complets** (2 observations)

a. Primipares. — 2 observations

Année 1905

N° 407 9e mois. Enfant de 2100 gr. membranes 28/13
(Promontoire accessible)

Année 1911

N° 1238 à terme » » 2450 » » 25/10
(Promontoire accessible. Bassin aplati moitié gauche)

B. — **Sièges décomplétés mode des fesses** (5 observations)

a. Primipares. — 5 observations

Année 1904

N° 922 8e mois. Enfant de 2550 gr. membranes 26/10
(Promontoire accessible)
» 1204 à terme » » 3950 » » 27/10
(Promontoire accessible)

Année 1905

» 118 à terme » » 2200 » » 24/10
(Promontoire accessible)

Année 1906

» 321 9e mois » » 2150 » » 29/15
(Promontoire accessible)

Année 1910

N° 1607 9e mois » » 2300 » » 18/10
(Promontoire accessible)

C. — **Observation où l'attitude des membres inférieurs n'a pas été mentionnée** (1 observation)

Année 1910

N° 1160 II 9e mois Enfant 2600 gr. Membranes ?
(Promontoire accessible)

4° **EXCÈS DE LIQUIDE** (8 observations)

A. — **Sièges Complets** (3 observations)

a. Multipares

Année 1904

N° 670 II 8e mois Enfant 2020 gr. Membranes ?

Année 1906

N° 370 II 9e mois Enfant 3000 gr. Membranes 41/12

Année 1909

N° 608 VI à terme » 4070 » » 35/11

B. — **Sièges décomplétés mode des fesses** (3 observations)

a. Primipares. — 2 observations

Année 1910

N° 307 9e mois » » 3100 » » 30/14

Année 1911

N° 1602 à terme » » 3660 » » ?

b. Multipares (1 observation)

Année 1910

N° 1568 X à terme » 4150 » » 27/21

C. — **Observations où l'attitude des membres inférieurs n'a pas été mentionnée** (2 observations)

a. Primipares

Année 1908

N° 889 7e mois Enfant de 2740 gr. Membranes ?

b. Multipares

Année 1910

N° 1805 VIII 9e mois » 5000 » » ?

5° TUMEURS DE L'UTÉRUS OU DE SES ANNEXES

A. — **Sièges Complets** (3 observations)

a. Primipares

Année 1906

N° 1706 9e mois Enfant de 2700 gr. Membranes 30/14
(Fibrômes du corps)

b. Multipares

Année 1908

N° 1448 II 9e mois Enfant 3520 gr. Membranes ?
(*Fibrôme du segment inférieur, gros comme une tête fœtale. Accessible à gauche*).

Année 1911

N° 1598 II à terme Enfant 3950 gr. Membranes ?
(*Kyste de l'ovaire du côté gauche, gros comme une tête d'adulte. Utérus repoussé dans le flanc droit*).

B. — **Siège décomplété mode des fesses** (1 observation)

Année 1905

N° 72 I 9e mois Enfant 3550 gr. Membranes ?
(Fibrôme du corps)

6° **HYDROCÉPHALIE FŒTALE** (1 observation)

A. — **Siège décomplété mode des fesses**

Année 1903

N° 1067 III 9e mois Enfant 3300 gr. Membranes 31/10

II. OBSERVATIONS A CAUSES MULTIPLES

(66 Observations)

1° DEUX CAUSES

(61 Observations)

A. — INSERTION BASSE DU PLACENTA ET MALFORMATION UTÉRINE (29 observations)

a. — Sièges Complets (12 observations)

a' Primipares. — 7 observations

Année 1903

N° 7 9e mois. Enfant de 2650 gr. Membranes 30/5

Année 1907

N° 42 9e mois » » 2650 » » 35/3

Année 1909

N° 1374 à terme » » 3020 » » 32/3

Année 1910

N° 609 à terme » » 3150 » » 35/3

Année 1911

N° 292. à terme. Enfant de 3215 gr. Membranes 35/6
» 1484 9e mois » » 2850 » » 24/6

Année 1912

N° 1500 9e mois » » 2470 » » 25/1

b. Multipares. — 5 observations

Année 1904

N° 795 VI 9e mois » » 3300 » » 49/0

Année 1905

N° 1320 III 9e mois » » 3230 » » 32/1

Année 1907

N° 997 III à terme » » 3300 » » 33/0

Année 1911

N° 1307 II 8e mois » » 2750 » » 30/6

Année 1912

N° 167 II 9e mois » » 3080 » » 28/7

---

b. — **Sièges décomplétés mode des fesses** (15 observations)

a' Primipales. — 11 observations

Année 1904

N° 1722 9e mois. Enfant de 3750 gr. Membranes 21/6

Année 1905

N° 1554. à terme. Enfant de 3500 gr. Membranes 30/1

Année 1906

» 948 8e mois » » 2200 » » 23/4

Année 1909

N° 205 9e mois » » 3450 » » 30/4
» 940 à terme » » 3150 » » 33/5

Année 1910

N° 640 9e mois » » 3200 » » 33/5
» 1657 à terme » » 3330 » » 27/6
» 1886 9e mois » » 2820 » » 25/5

Année 1911

N° 792 9e mois » » 3060 » » 23/3

Année 1912

N° 557 9e mois » » 2520 » » 27/6
» 1613 ? » » 2720 » » 24/3

b. Multipares. — 4 observations

Année 1910

N° 1118 IX 9e mois » » 2950 » » 26/4
» 1679 II à terme » » 3300 » » 30/3

Année 1912

N° 311 III 9e mois » » 2700 » » 30/7
» 316 II 7e mois » » 2230 » » 24/4

c. — **Observations où l'attitude des membres inférieurs n'a pas été mentionnée** (2 observations)

a' *Multipares*

Année 1909

N° 778 III ? Enfant de 2750 gr. Membranes 34/4

Année 1911

N° 360 II 9e mois » » 2530 » » 29/2

B. — **INSERTION BASSE ET RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN** (15 observations)

a. — **Sièges Complets** (8 observations)

a' Primipares. — 3 observations

Année 1903

N° 435 à terme. Enfant de 4500 gr. Membranes 23/7
(Promontoire accessible)

Année 1906

N° 1194 8e mois » » 2470 » » 25/7
(Promontoire accessible)

Année 1912

N° 1096 à terme » » 2550 » » 29/7
(Promontoire accessible)

b' Multipares. — 5 observations

Année 1904

N° 1127 II 8e mois Enfant de 2510 gr. Membranes 35/3
(Promontoire accessible)

Année 1906

N° 528 VI à terme » » 3520 » » 36/5
(Promontoire accessible)

Année 1910

N° 1117 II ? » » 3770 » » 28/7
(Promontoire accessible)

Année 1911

N° 265 III 8e mois » » 2180 » » ?
a présenté pendant la gestation des hémorragies par insertion basse du placenta

Année 1912

N° 299 II ? (1) » » 3210 » » 24/0
(Promontoire accessible)

---

b. — **Sièges décomplétés mode des fesses** (6 observations)

a' Primipares. — 5 observations

Année 1906

N° 278 8e mois. Enfant de 2080 gr. Membranes 28/1
(Promontoire accessible)

---

(1) ***Fécondée pendant l'allaitement.***

N° 634 ? Enfant de 2700 gr. Membranes 29/4
» 1417 ? » » 3500 » » 28/5
» 1507 9e mois » » 2680 » » 30/4

Année 1912

N° 112 à terme » » 2850 » » 27/3
(bassin coxalgique et rachitique)

b' Multipares. — 1 observation

Année 1905

N° 1007 V 9e mois Enfant de 4000 gr. Membranes 33/4
(Promontoire accessible)

---

c. — **Observation où l'attitude des membres inférieurs n'est pas mentionnée** (1 observation)

Année 1907

N° 608 III ? Enfant de 3650 gr. Membranes 25/6
(Promontoire accessible)

C. — INSERTION BASSE ET EXCÈS DE LIQUIDE

(9 observations)

a. — **Sièges Complets** (4 observations)

a'. Primipares

Année 1909

N° 792 9e mois. Enfant de 2200 gr. Membranes 37/0

Année 1910

N° 1637 ? Enfant de 2900 gr. Membranes 23/9

b' Multipares

Année 1906

» 1041 III 8e mois » » 2380 » » 33/6

Année 1910

N° 1222 VIII à terme » » 4600 » » 30/0

---

b. — **Sièges décomplétés mode des fesses** (4 observations)

a'. Multipares

Année 1904

N° 717 II 9e mois Enfant de 2870 gr. Membranes 20/7
N° 1138 II 8e mois » » 2100 » » 18/4?

Année 1911

N° 254 VI à terme » » 3780 » » 31/6
» 1076 II à terme » » 2970 » » 30/3

---

c. — **Observation où l'attitude des membres inférieurs n'a pas été mentionnée** (1 observation)

Année 1903

N° 451 II 8e mois Enfant de 3770 gr. Membranes 28/8

D. — **INSERTION BASSE ET FIBROMES** (4 observations)

a. — **Sièges décomplétés mode des fesses**

a' Primipares

Année 1906

N° 921 ? Enfant de 3350 gr. membranes 34/4
(Fibrôme du corps)

Année 1910

N° 1064 ? » » 2900 » » 28/2
(Fibrôme accessible à droite)

Année 1911

N° 186 8e mois » » 2700 » » 33/0
(Fibrôme du fond)

b' Multipares

Année 1912

N° 1576 IV 9e mois » » 2940 » » 31/4
(Fibrôme du corps)

E. — **INSERTION BASSE ET HYDROCÉPHALIE FŒTALE**

a. — **Siège décomplété mode des fesses**

Année 1907

N° 2018 II ? Enfant de 3950 gr. Membranes 42/4

F. — MALFORMATION UTÉRINE ET EXCÈS DE LIQUIDE

a. — Siège Complet

Année 1907

N° 1453 III à terme Enfant 4150 gr. Membranes 49/11

G. — MALFORMATION UTÉRINE ET FIBROME

a. — Observation où l'attitude des membres inférieurs n'est pas mentionnée

Année 1912

N° 199 II à terme Enfant 2470 gr. Membranes ?
(3 Fibrômes du corps)

H. — BASSIN RÉTRÉCI ET EXCÈS DE LIQUIDE

a. — Siège décomplété mode des fesses

Année 1905

N° 1742 II à terme Enfant 3360 gr. Membranes ?
(Promontoire accessible)

2° TROIS CAUSES

(5 Observations)

A. — INSERTION BASSE, MALFORMATION UTÉRINE ET FIBROME

a. — Siège Complet

N° 764 III 7e mois Enfant de 2450 gr. Membranes 28/5
(Fibrôme du corps)

B. — INSERTION BASSE, MALFORMATION UTÉRINE ET RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN

a. — Siège décomplété mode des fesses

Année 1911

N° 1655 II 9e mois Enfant de 2410 gr. Membranes 25/0
(Promontoire accessible)

C. — INSERTION BASSE, RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN, ET EXCÈS DE LIQUIDE

a. — Siège décomplété mode des fesses

Année 1911

N° 1404 I à terme Enfant de 3680 gr. Membranes 27/1
(Promontoire accessible)

D. — EXCÈS DE LIQUIDE, FIBROME ET BASSIN RÉTRÉCI

a. — Siège décomplété mode des fesses

Année 1904

N° 1089 I ? Enfant de 2450 gr. Membranes ?
(Promontoire accessible, fibrôme du corps)

E. — EXCÈS DE LIQUIDE, FIBROME ET HYDROCÉPHALIE

a. — Siège décomplété mode des fesses

Année 1903

N° 963 V 9 mois Enfant 2750 gr. Membranes 31/10
(Fibrôme du corps)

III. OBSERVATIONS OU ON NE RELÈVE AUCUNE CAUSE

(114 Observations)

1° **Sièges Complets** (31 observations)

a. Primipares. — 12 observations

Année 1903

N° 1720 9e mois Enfant de 3000 gr. Membranes 25/10
» 1835 9e mois » » 2730 » » 25/12

Année 1904

N° 900 ? » » 2520 » » 30/12
N° 1425 9e mois » » 2880 » » 32/10

Année 1905

N° 1159 9e mois » » 2760 » » 28/11
» 1577 à terme » » 4100 » » 26/16

Année 1906

N° 1641 9e mois » » 2640 » » 41/3

Année 1907

N° 471 9e mois » » 3620 » » 36/10

Année 1908

N° 775 à terme Enfant de 3020 gr. Membranes 31/15

Année 1910

N° 1314 à terme » » 2620 » » 20/12

Année 1911

N° 1007 9e mois » » 2830 » » 24/11

(Agée)

» 1623 ? » » 2680 » » 25/12

b. Multipares. — 19 observations

Année 1903

N° 1870 IV 9e mois » 2900 » » 20/10

Année 1904

N° 1718 V à terme » 3500 » » 31/10

Année 1905

N° 445 III 9e mois » 3240 » » 31/12

Année 1906

N°	128	V	?	»	2300	»	26/10
»	482	VII	9e mois	»	2920	»	30/12
»	1025	IV	9e mois	»	4280	»	40/18
»	1297	III	9e mois	»	2950	»	28/10
»	1364	IV	9e mois	»	3080	»	33/12

Année 1907

N° 170 V ? Enfant 3900 gr. Membranes 29/10

Année 1908

N° 1462 XII à terme » 3700 » » 28/12

Année 1909

N° 1510 VI à terme » 3770 » » 26/10
» 1627 V 9 mois » 3200 » » 26/10
» 1559 XVI à terme » 3980 » » 28/13

Année 1910

N° 85 V à terme » 3100 » » 28/10
» 642 X à terme » 4100 » » 31/12
» 987 IV 9e mois » 2270 » » 30/12

Année 1911

N° 148 II à terme » 3150 » » 24/16
» 994 VIII à terme » 3640 » » 31/11

Année 1912

N° 1389 II 9e mois » 2210 » » 25/11

2° **Sièges décomplétés mode des fesses** (79 observations)

a. Primipares 43 observations

Année 1903

N° 1477 9e mois » » 3740 » » 29/12
» 1513 9e mois » » 3650 » » 27/13
» 1910 8e mois » » 3020 » » 22/13

Année 1904

N°	882	8e mois	Enfant	de	2750	gr.	Membranes	30/10
»	1019	à terme	»	»	2670	»	»	25/10
»	1520	9e mois	»	»	3400	»	»	27/11
»	1737	9e mois	»	»	2980	»	»	32/10

Année 1905

N°	2	9e mois	»	»	3250	»	»	32/10
»	1230	9e mois	»	»	2700	»	»	30/11
»	1295	9e mois	»	»	3350	»	»	32/11
»	1404	8e mois	»	»	2360	»	»	30/12
»	1573	9e mois	»	»	2900	»	»	29/13
»	1763	9e mois	»	»	2360	»	»	30/15

Année 1906

N°	185	9e mois	»	»	2800	»	»	30/10
»	595	9e mois	»	»	2450	»	»	28/10
»	648	à terme	»	»	2620	»	»	33/10
»	1146	7e mois	»	»	2840	»	»	28/12
»	1652	9e mois	»	»	2820	»	»	38/13
»	1736	?	»	»	2170	»	»	27/15
»	1854	à terme	»	»	2920	»	»	32/11

Année 1907

N°	75	8e mois	»	»	3300	»	»	25/16
»	531	à terme	»	»	2700	»	»	28/12
»	582	9e mois	»	»	3200	»	»	27/10
»	696	9e mois	»	»	3550	»	»	29/13
»	1158	à terme	»	»	2890	»	»	37/10
»	1349	9e mois	»	»	3150	»	»	28/11
»	1504	9e mois	»	»	2650	»	»	33/15
»	1626	à terme	»	»	3600	»	»	25/11

Année 1908

N°	26	9e mois	Enfant	de	3720	gr.	Membranes	30/12
»	42	à terme	»	»	3350	»	»	30/13
»	692	9e mois	»	»	2750	»	»	25/16
»	882	à terme	»	»	3470	»	»	30/15
»	1437	8e mois	»	»	2500	»	»	31/14
»	2079	9e mois	»	»	2650	»	»	30/10

Année 1910

N°	1197	7e mois	»	»	2350	»	»	18/11

Année 1911

N°	920	9e mois	»	»	3200	»	»	27/10
»	1038	à terme	»	»	2740	»	»	24/12
»	1336	9e mois	»	»	3220	»	»	30/12
»	1614	8e mois	»	»	2680	»	»	24/10

Année 1912

N°	87	9e mois	»	»	2750	»	»	27/11
»	470	9e mois	»	»	3400	»	»	27/15
»	1280	à terme	»	»	3350	»	»	30/11
»	1310	à terme	»	»	3080	»	»	18/10

b. Multipares. — 36 observations

Année 1903

N°	436	XIII	9e mois	»	2950	»	»	18/11
»	1077	IV	8e mois	»	3740	»	»	13/11
»	1469	III	8e mois	»	2430	»	»	13/28
»	1605	IV	9e mois	»	2750	»	»	24/10
»	1774	VI	9e mois	»	3200	»	»	27/13
»	1983	II	9e mois	»	3100	»	»	28/12

Année 1904

N°	77	III	9e mois	Enfant	3240 gr.	Membranes	28/14
»	1120	II	à terme	»	3540 »	»	25/15
»	1153	IV	8e mois	»	2750 »	»	33/10
»	1361	II	8e mois	»	2550 »	»	25/10
»	1365	V	à terme	»	3200 »	»	30/10

Année 1905

N°	711	III	à terme	»	4120 »	»	30/12
»	1470	VI	?	»	2550 »	»	34/12
»	1677	II	9e mois	»	3520 »	»	32/10
»	1788	III	9e mois	»	2570 »	»	30/11

Année 1906

»	673	II	9e mois	»	2550 »	»	20/10
»	1227	III	?	»	2420 »	»	33/16
»	1558	IX	9e mois	»	2350 »	»	32/13
»	1588	III	?	»	3350 »	»	27/16
»	1618	II	9e mois	»	3000 »	»	25/17
»	1726	III	?	»	3650 »	»	33/11

Année 1907

N°	920	IV	9e mois	»	3700 »	»	28/12
»	1110	II	8e mois	»	2020 »	»	25/10

Année 1908

N°	22	III	à terme	»	3400 »	»	32/34

Année 1909

N°	91	III	à terme	»	3300 »	»	29/10
»	1171	II	9e mois	»	2750 »	»	25/12
»	1607	II	à terme	»	2500 »	»	31/12
»	2076	III	9e mois	»	3700 »	»	31/10

Année 1910

N° 1200 II ? Enfant 3250 gr. Membranes 20/10
» 1744 IV à terme » 3030 » » 25/10

Année 1911

N° 1166 II à terme » 3110 » » 20/12
» 1248 II à terme » 3070 » » 28/10
» 1374 VI à terme » 3820 » » 32/10
» 1740 IV 9e mois » 2860 » » 29/16

Année 1912

N° 225 V 9e mois » 3020 » » 31/12
» 1455 III 9e mois » 3100 » » 25/11

3° **Siège décomplété mode des genoux**

Année 1911

N° 1367 I 9e mois » 3800 » » 28/12

4° **Observations où l'attitude des membres inférieurs n'a pas été mentionnée**

a. Primipare

Année 1908

N° 995 8e mois. Enfant de 2270 gr. membranes 29/19

b. Multipares

N° 723 IV ? » 3100 » » 22/10
» 735 III 9e mois » 3130 » » 27/13

III[bis]. OBSERVATIONS OU ON NE RELÈVE AUCUNE CAUSE, MAIS OU LES MEMBRANES N'ONT PU ÊTRE MESURÉES

(59 Observations)

1° **Sièges Complets** (20 observations)

a. Primipares. — 14 observations

Année 1903

N° 623 à terme Enfant de 2800 gr. membranes ?

Année 1905

N° 235 9e mois » » 2620 » » ?
» 1148 à terme » » 3500 » » ?
(Primipare de 31 ans)
» 1586 à terme » » 2900 » » ?

Année 1906

N° 1018 à terme » » 2650 » » ?

Année 1907

N° 645 à terme » » 5600 » » ?
» 1019 9e mois » » 3180 » » ?

Année 1908

N° 1605 9e mois Enfant de 3020 gr. Membranes ?

Année 1909

N° 1821 à terme » » 4080 » » ?

Année 1910

N° 1275 à terme » » 3750 » » ?
» 1587 à terme » » 3100 » » ?

Année 1911

N° 1189 à terme » » 3690 » » ?

Année 1912

N° 1020 à terme » » 3010 » » ?
» 1632 9e mois » » 2870 » » ?

b. Multipares. — 6 observations

Année 1904

N° 536 VIII 9e mois Enfant 2350 gr. Membranes ?

Année 1908

N° 764 X à terme » 4400 » » ?

Année 1910

N° 1493 IV 7e mois » 2000 » » ?
» 1569 IV 9e mois » 2450 » » ?

Année 1911

N° 178 II 9e mois » 2720 » » ?
» 624 IX à terme » 4700 » » ?

2° **Sièges décomplétés mode des fesses** (35 observations)

a. Primipares. — 23 observations

Année 1903

N° 810 9e mois Enfant de 3150 gr. Membranes ?

Année 1904

N° 714	à terme	Enfant	de	4200 gr.	Membranes	?
» 839	9e mois	»	»	2860 »	»	?

Année 1905

N° 206	9e mois	»	»	2830 »	»	?
» 1187	9e mois	»	»	3700 »	»	?
» 1253	à terme	»	»	3680 »	»	?

Année 1906

N° 220	9e mois	»	»	2760 »	»	?
» 479	?	»	»	3420 »	»	?
» 957	à terme	»	»	3200 »	»	?
» 1060	9e mois	»	»	2835 »	»	?

Année 1907

N° 1302	8e mois	»	»	2720 »	»	?

Année 1908

N° 1510	9e mois	»	»	2280 »	»	?
» 1598	à terme	»	»	3320 »	»	?
» 2044	à terme	»	»	3400 »	»	?

Année 1909

N° 252	9e mois	»	»	2700 »	»	?
» 807	à terme	»	»	2850 »	»	?
		(Primipare de 28 ans)				
» 1096	à terme	»	»	3730 »	»	?

Année 1910

N° 825	à terme	»	»	3020 »	»	?
» 1241	à terme	»	»	3250 »	»	?

Année 1912

N°	307	à terme	Enfant	de	3200 gr.	Membranes	?
»	330	à terme	»	»	4050 »	»	?
»	721	9e mois	»	»	2560 »	»	?
»	807	à terme	»	»	2800 »	»	?

b. Multipares. — 12 observations

Année 1904

N°	380	III	9e mois	»	3470 »	»	?
»	972	II	à terme	»	3350 »	»	?
»	1268	II	9e mois	»	3060 »	»	?

Année 1905

N°	193	II	9e mois	»	2800 »	»	?

Année 1906

N°	857	II	à terme	»	3700 »	»	?

Année 1909

N°	51	IX	à terme	»	4450 »	»	?

Année 1910

N°	755	II	9e mois	»	2900 »	»	?
»	1553	IX	à terme	»	3000 »	»	?

Année 1911

N°	689	III	9e mois	»	2410 »	»	?
»	891	II	9e mois	»	3220 »	»	?
»	1240	II	?	»	3360 »	»	?
»	1767	II	à terme	»	2800 »	»	?

3° OBSERVATIONS OU L'ATTITUDE DES MEMBRES N'A PAS ÉTÉ MENTIONNÉE

(4 Observations)

---

a. Primipares

Année 1908

N° 1216 à terme Enfant de 4400 gr. Membranes ?

Année 1911

N° 1786 9e mois » » 2650 » » ?

b. Multipares

Année 1906

N° 1891 V 9e mois » 3050 » » ?

Année 1910

N° 346 III 9e mois » 4000 » » ?

Tableau n° 1

Nous croyons utile de résumer l'exposé précédant tout au moins pour ce qui est des observations les plus nombreuses, c'est-à-dire pour les observations à cause unique et à causes doubles dans les deux tableaux qui vont suivre. Nous y envisagerons séparément les primipares, les secondipares et les femmes qui ont présenté plus de deux gestations, que nous désignerons par le signe X.

CAUSE UNIQUE

	Insert. basse du placenta			Bassin rétréci			Tumeurs pelviennes			Malformat. utérines			Excès de liquide			Hydrocéphalie fœtale			Fibrômes utérins		
	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X
Sièges complets	38	23	26	2	0	0	0	2	0	9	2	4	0	2	1	0	0	0	1	0	0
S. décomplétés mode des fesses	134	45	37	5	0	0	0	0	0	8	5	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0
S. décomplétés mode des pieds	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. décomplètes mode des genoux	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mode non mentionné	3	4	11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau n° 2

OBSERVATIONS A DEUX CAUSES

	INSERTION BASSE DU PLACENTA ET :															EXCÈS DE LIQUIDE						Malformat. utérines et :		
	Malformat. utérines			Rétrécissem. du bassin			Excès de liquide			Fibrômes			Hydrocéphalie fœtale			Malformat. utérines			Bassin rétréci			Fibrômes		
	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X	I	II	X
Sièges complets	7	2	3	3	3	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
S. décomplétés mode des fesses	11	2	2	5	0	1	0	3	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Mode non mentionné	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Tableau n° 3

Nous avons groupé dans ce tableau, les causes de présentation du siège dans l'ordre de fréquence que leur assigne notre statistique pour la présentation en général et pour le détail de ses différents modes.

	Sièges complets	Décomplétés mode des fesses	Mode des genoux	Mode des pieds	Mode ?
Insertion basse du placenta : 385.....	112	248	2	1	22
Malformation utérine : 60.....	28	29	0	0	3
Bassin rétréci : 26.....	10	15	0	0	1
Excès de liquide : 22.....	8	11	0	0	3
Fibrômes utérins : 10.....	2	7	0	0	1
Hydrocéphalie fœtale : 3.....	0	3	0	0	0
Tumeurs pelviennes : 2.....	2	0	0	0	0

CHAPITRE IV

ANALYSE DE NOS DOCUMENTS

§ I

Si nous voulions classer d'après les documents précédents, les causes de présentation du siège par ordre de fréquence, le premier rang appartiendrait, par une très grande majorité d'observations, à l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Nous la rencontrons, en effet, 324 fois, comme cause unique et 60 fois comme cause associée, soit en tout 385 fois sur un total de 612 observations, encore faut-il retrancher de ce total, 59 observations où aucune cause n'apparaît, mais où les membranes n'ayant pu être mesurées, l'insertion basse a pu passer inaperçue. Il reste ainsi 553 observations. Les cas où l'insertion basse est seule en cause, sont donc par rapport à la totalité dans la proportion de 324 sur 553 soit

58,5 % ; les cas où l'on rencontre l'insertion basse seule ou associée sont dans la proportion de 384 sur 553 soit 69,6 %. Il est intéressant de rapprocher ces résultats de ceux qui ont été publiés dans la thèse de Néret, dont les recherches portaient sur un total de 373 observations ; il trouve l'insertion basse 138 fois comme cause unique (soit 36,9 %), et 159 fois comme cause unique ou associée (soit 42,6 %). Nous voyons que nos recherches, qui ont porté sur un nombre plus grand d'observations, nous donnent un pourcentage de placentas bas bien supérieur.

Les autres causes que nous avons envisagées, apparaissent comme bien moins importantes. Nous trouvons 62 cas de malformation utérine, dont 31 cas seulement n'étaient pas compliqués d'insertion basse du placenta. La présentation est donc due à la malformation utérine dans 5,6 % des cas de notre statistique ; 32 cas d'excès de liquide, dont 22 seulement sans placenta prœvia soit 3,9 % ; 12 cas de tumeurs utérines ou pelviennes, dont 5 seulement sans placenta prœvia, soit 0,9 % ; 3 cas seulement d'hydrocéphalie fœtale, et enfin 27 cas de rétrécissement du bassin dont il faut soustraire 17 cas où le placenta était inséré sur le segment inférieur, soit 1,8 %. Le rétrécissement du bassin au détroit supérieur agit moins, en effet, pour déformer le segment inférieur que pour le relever en masse, ainsi que la présentation qui y est contenue, par là il gêne beaucoup moins l'accommodation de la tête qu'un obstacle intrinsè-

que au segment inférieur qui le déforme et le rétrécit ; il est donc logique que le rétrécissement du bassin, pour produire une présentation du siège, agisse surtout quand il est aggravé d'une insertion du placenta sur le segment inférieur.

En somme, au total, la présentation du siège est due 55 fois à une des causes précitées, autre que le placenta prævia ; soit dans 9,9 % des cas de notre statistique et nous avons vu plus haut que le placenta prævia était la cause de la présentation pelvienne dans 58,5 % des cas. Nous voyons donc combien les autres causes de présentation du siège cependant réelles, sont rares si on les compare à la fréquence du placenta prævia qui apparaît ainsi comme la cause dominante.

D'autres remarques restent à faire, sur cette partie de notre étude qui a trait à l'insertion basse du placenta. Examinons les observations au point de vue de la parité des femmes qui en sont l'objet. L'insertion basse est seule en cause chez 176 primipares et chez 148 multipares dont le nombre peut se décomposer en 73 secondipares et 75 femmes ayant eu plus de deux gestations, soit 54,3 % de primipares. Les primipares sont en nombre supérieur aux multipares, mais si de plus, on excepte les secondipares qui peuvent encore avoir une bonne tonicité utérine, la proportion de primipares s'élève à 70,1 %. On voit par là l'importance de la tonicité utérine dans la production des présentations du siège par insertion basse du placenta : si l'utérus manque de tonicité, ce qui

arrive souvent chez les grandes multipares, la tête, chassée de l'aire du détroit supérieur pourra simplement glisser dans une fosse iliaque ; une présentation de l'épaule sera alors constituée. Mais si l'utérus, par sa tonicité, réclame impérieusement une présentation longitudinale, la tête ne pouvant s'accommoder au segment inférieur, c'est le siège qui prendra sa place.

Une autre remarque nous a frappés, à propos de ce premier groupe d'observations, c'est l'importance du nombre des sièges décomplétés mode des fesses, surtout chez les primipares. Nous trouvons en effet, 216 cas de décomplétés mode des fesses avec insertion basse, contre 87 cas de sièges complets, un cas de mode de pieds et deux cas de mode des genoux, soit 70,5 % de sièges décomplétés sur la totalité, dont nous exceptons naturellement les cas où l'attitude des membres inférieurs n'a pas été spécifiée. Si nous n'envisageons que les observations de primipares, nous trouvons 154 sièges décomplétés mode des fesses pour 50 sièges complets, soit 75,4 % de la totalité, un peu plus des 3/4. Certes, dans notre statistique globale, les sièges décomplétés mode des fesses, entrent comme nous le verrons, dans une plus grande proportion que les sièges complets, mais la différence de fréquence entre ces deux modes de présentation est bien moins accusée qu'ici. Cette importance du nombre des sièges décomplétés mode des fesses, n'est pas pour nous surprendre ; nous savons, en effet, que le siège du fœtus s'adapte d'autant mieux au

segment inférieur déformé qu'il est moins volumineux. Le siège décomplété mode des fesses où les membres inférieurs pelotonnés n'accompagnent plus le siège dans le segment inférieur, mais sont au contraire relevés en attelle le long du corps du fœtus, constitue donc le mode le plus favorable à cette accommodation particulière.

Tels sont les faits cliniques ; nous voyons à quel point ils concordent avec l'explication que donne M. le professeur agrégé Wallich, des causes les plus fréquentes de présentation du siège (1) : « Lorsque la cavité utérine est déformée dans sa partie inférieure par la présence d'un fibrôme ou d'un placenta sur le segment inférieur, cette région de l'utérus se trouvant dépourvue d'élasticité, ne peut plus admettre la tête, *résistante, non réductible*, mais loge très bien au contraire, le siège plus *dépressible*, moins volumineux, *surtout s'il se trouve séparé des membres inférieurs*, relevés au devant du tronc.

« Cette explication pathogénique est plus en rapport avec les faits, que celle qu'on a l'habitude de donner et qui consiste à dire que la présentation du siège s'observe quand la tête devient la partie la plus volumineuse de l'ovoïde fœtal. Or, ces conditions ne sont véritablement réalisées, et encore d'une façon très inconstante, que dans les cas très exceptionnels d'hydrocéphalie fœtale » (3 observations en dix ans).

(1) Wallich, *Elément d'Obstétriqus*, 1910, page 332.

§ 2

Nous avons constaté plus haut que, dans la totalité de nos observations, les sièges décomplétés mode des fesses, étaient en majorité. Nous trouvons en effet 353 sièges décomplétés mode des fesses, pour 167 sièges complets, 3 mode des genoux et 1 mode des pieds. Les sièges décomplétés mode des fesses sont donc dans la proportion de 67,3 %, soit environ les 2/3.

Nous croyons pouvoir nous expliquer cette fréquence des sièges décomplétés mode des fesses de la façon suivante : il est de notion classique que la présentation du siège décomplété mode des fesses, est très défavorable à la version par manœuvres externes, à plus forte raison à la version spontanée du fœtus ; il peut donc se faire que la fréquence plus grande de ce mode de présentation soit due à ce fait, qu'une grande quantité d'enfants se présentant par le siège soit ramenée en présentation céphalique soit par une version spontanée, soit par une version par manœuvres externes, à la condition pourtant que ces enfants se présentent par le siège complet Si, par contre, leurs membres inférieurs sont relevés en attelle, cette évolution est entravée, tant par l'engagement précoce que par l'augmentation de la rigidité de la tige fœtale. Ceci est d'autant plus vraisemblable qu'à la Clinique Baudelocque, dans les archives de laquelle nous avons puisé nos documents, fonctionne un remarquable service de consultations où de nombreuses femmes devant plus tard accoucher

dans le service, sont consciencieusement examinées au cours de leur gestation, les présentations vicieuses diagnostiquées, et corrigées si possible, par la version par manœuvres externes, suivie de l'application d'une ceinture eutocique, et qu'ainsi un grand nombre de présentations normales sont dues à l'art, et non à la nature.

Notre hypothèse s'appuie d'ailleurs sur les arguments, tirés des documents que nous avons recueillis. Il est, en effet, d'autres conditions qui entravent l'évolution du fœtus : la malformaiton utérine est l'une d'elle. Or, dans les cas de malformation utérine que nous avons recueillis, nous voyons que les sièges décomplétés mode des fesses, et les sièges complets sont à peu près en nombre égal : 28 sièges complets et 29 décomplétés mode des fesses. Dans ces cas, l'évolution du fœtus a été rendue impossible, quel que soit le mode de présentation, les sièges complets sont restés en nombre égal à celui des sièges décomplétés mode des fesses.

Prenons maintenant les cas où la cavité de l'œuf, agrandie, offre au fœtus une liberté d'évolution bien plus grande qu'à l'état normal, en même temps que toute manœuvre externe est entravée : ce sont les cas d'excès de liquide. Ici encore, nous trouvons un nombre sensiblement égal des deux présentations : 8 sièges complets, et 11 sièges décomplétés mode des fesses, mais il faut retrancher de ce dernier nombre l'observation où l'hydrocéphalie fœtale commandait

impéricusement la présentation, ce qui le ramène à dix.

Mais nous trouvons dans le livre de Mme Lachapelle, une assertion qui va à l'encontre de notre hypothèse ; elle dit : « Quand les pieds sont là, les fesses ne sont pas loin, et il n'est pas rare de pouvoir sentir à la fois les uns et les autres. Il en est ainsi constamment dans les premiers moments du travail, et si les fesses continuent à s'avancer seules, les pieds, retenus, s'élèvent vers l'abdomen, les jambes se déploient et s'étendent, mais cette attitude est toujours secondaire et dépendante du travail. » (1) Certes, c'est là un fait qui s'observe, nous citerons même l'observation 1.718 de décembre 1904 où il a été relaté ; mais, par contre, fréquemment, le diagnostic de siège décomplété mode des fesses, a pu être porté par le palper avant tout engagement ; dans la seule année 1903, nous citerons les observations 436-682-1.267-1.477-1.513-1.910-1.983, où cette constatation est formellement consignée. D'autre part. Le fait que l'enfant qui vient de naître par le siège décomplété mode des fesses, a généralement une tendance naturelle à relever ses membres inférieurs le long de son corps, s'expliquerait-il si cette position n'avait été adoptée que pour le passage relativement court à travers la filière pelvienne ? Mais à l'époque où écrit Mme Lachapelle on ne diagnostiquait pas encore les

(1) T. II, p. 29.

présentations du siège, par le palper. Ce qui explique son opinion.

En somme, l'attitude du décomplété mode des fesses, peut fort bien exister avant tout engagement et tout début de travail, et entraver l'évolution du fœtus au cours de la gestation.

§ 3

Il nous reste à examiner maintenant les 114 observations où nous n'avons relevé *aucune cause classique* de présentation du siège.

Rappelons qu'elles se répartissent de la façon suivante :

Sièges complets	Sièges décomplétés mode des fesses	Sièges décomplétés mode des pieds	Sièges décomplétés mode des genoux
I pares = 12 —	I pares = 43 —	I pares = 1	I pares = 1
Multi-pares = 19 —	Multi-pares = 36 —		Multi-pares = 2

Nous remarquons d'abord que, au moins dans les sièges complets, à l'inverse de ce que nous avons vu dans tout le reste de notre statistique, le nombre des multipares est plus grand que celui des primipares. De plus, ces multipares se distinguent par une parité généralement élevée, nous relevons : I XVI p., I XII p., I VIII p., I VII p., I VI p., 6 V p., 4 IV p., 2 III p., et seulement 2 secondipares. De même dans les autres modes, le nombre des multipares est relativement plus grand qu'ailleurs et leur parité plus élevée. Nous trouvons donc ici, une majorité importante de grandes multipares. Ceci est certainement dû à ce que la multiparité est une cause de présentations vicieuses par la laxité qu'elle

donne aux parois utérine et abdominale, comme l'a démontré M. le Professeur Pinard. D'après l'examen de nos documents, elle nous paraît digne de figurer en bonne place parmi les causes de présentation du siège.

Nous devons maintenant envisager les observations concernant des primipares. Nous avons vu dans l'historique de la question que beaucoup d'auteurs attribuaient certaines présentations du siège, surtout chez les primipares, à ce que l'enfant devenu trop grand pour que son grand diamètre puisse repasser par les petits diamètres de l'ovoïde utérin, était surpris en présentation du siège et contraint à y rester. Cette explication nous paraît admissible, pour la catégorie d'observations qui nous occupe. Néanmoins, nous remarquons dans ces observations qu'ici encore les sièges décomplétés mode des fesses sont de beaucoup les plus nombreux. En ne considérant que les observations de primipares, on trouve 43 sièges décomplétés mode des fesses, contre 13 autres modes de présentation, soit 76,7 % sur la totalité des observations. Après ce qui a été dit plus haut sur ce sujet, il nous paraît possible d'admettre qu'ici le décomplètement du siège a pu jouer un certain rôle comme cause de la présentation vicieuse, et que si le fœtus surpris en présentation du siège n'a pas pu faire repasser ses grands diamètres à travers les petits diamètres utérins, pour revenir en présentation céphalique, c'est qu'il avait allongé ses membres inférieurs en attelles le long de son corps.

De l'ensemble de notre travail, il nous paraît ressortir quelques déductions pratiques, se rapportant au traitement prophylactique de la présentation du siège. Ce traitement, nous le savons, consiste dans la version par manœuvres externes.

Quelle doit être notre manière de l'appliquer et que devons-nous en attendre ? Avant tout le palper méthodique doit toujours être pratiqué fréquemment dans les deux derniers mois de la gestation, et l'on devra encore plus se tenir en garde si quelque signe clinique fait soupçonner une insertion basse du placenta. Si l'on constate une présentation du siège, il faudra tenter la version par manœuvres externes.

Si l'on a diagnostiqué une présentation du siège décomplété mode des fesses, la version aura toute chance d'être impossible, néanmoins, il faudra continuer les examens et les tentatives de version, l'intervention en effet pourra devenir possible si les membres inférieurs se fléchissent spontanément en reproduisant le siège complet, et même, en ce cas, on pourra être témoin d'une évolution spontanée.

Si l'on est en présence d'un siège complet, la version, faite assez tôt, sera le plus souvent possible. Dans tous les cas, l'évolution du fœtus une fois obtenue, on mettra la femme au repos avec une *ceinture eutocique* pour maintenir la présentation jusqu'à ce que le fœtus ait acquis un degré de développement suffisant, pour l'empêcher de revenir en présentation pelvienne.

On pourra ainsi espérer un assez grand nombre

de succès, si l'on songe que l'insertion basse du placenta est la cause de présentation du siège de beaucoup la plus fréquente, et qu'elle n'est pas absolument incompatible avec une présentation céphalique si la tête, que la déformation du segment inférieur tend à chasser, est solidement maintenue sur l'aire du détroit supérieur.

Enfin, dans quelques cas, il ne faudra pas compter sur la version par manœuvres externes, ce sont ces cas que M. le professeur Pinard appelle *présentations persistante*, et dont la malformation utérine est le type le plus fréquent.

CONCLUSION

Nos recherches portant sur 612 observations relevées sur 10 ans de la statistique de M. le professeur Pinard, à la Clinique Baudelocque, nous amènent aux conclusions suivantes :

1° La présentation du siège se rencontre dans 69,6 % des cas, associée à la présence du placenta sur le segment inférieur.

2° Les autres causes telles que : Malformation utérine, rétrécissement du bassin, excès de liquide, tumeurs utérines et pelviennes, hydrocéphalie fœtale, n'étant que tout à fait accidentelles, et ne constituant ensemble que 19.3 % de la totalité des cas, et seulement 9,9 %, si l'on retranche les observations où, à ces causes, s'associe l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

3° Mais à côté du placenta bas, la multiparité apparaît comme une cause notable de présentation du siège, par le fait de la non sollicitation à l'accommodation.

4° Les multipares en effet, se rencontrent dans la même proportion que les primipares dans les cas où l'on arrive à relever aucune des autres causes précitées. Dans les sièges complets les multipares se rencontrent en majorité (61,2 %) alors que dans l'ensemble de la statistique les primipares sont la majorité (54,7 %.

5° Il semble bien que la présentation du siège résulte, le plus souvent, du défaut d'accommodation de la tête *irréductible* dans le segment inférieur déformé, qui, au contraire, admet plus facilement le siège *malléable*, surtout s'il est diminué de ses membres inférieurs.

6° La grande fréquence (70,5 %) du siège décomplété mode des fesses, semble confirmer cette explication étiologique.

7° Cette inégalité dans les deux modes, est le résultat de la réduction, thérapeutique ou naturelle du siège complet, alors que le siège décomplété mode des fesses, ne peut subir que plus difficilement, de mobilisation.

Vu le Président de thèse :
PINARD.

Vu le Doyen,
LANDOUZY.

Vu permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Baudelocque. — L'art des accouchements, 1844, page 337.

H. Bloc. — Du siège décomplété, mode des fesses. *Thèse de Paris*, 1897.

Cazeaux. — Traité des accouchements. 1856, p. 455.

Crédé. — Klinische vortirage über geburtshülfe. 1853, p. 487.

Dionis. — Traité général des accouchements. 1718, 2e livre, p. 186.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement. 1907, p. 160.

P. Dubois. — Mémoire sur la cause des présentations de la tête. 1833, tome II, p. 265.

Hodge. — A system of obstétrics. 1866. p. 166.

Mme Lachapelle. — Pratique des accouchements, 1825, tome II, p. 29 et suivantes.

G. Maniel. — De l'accouchement par présentation du siège à la clinique Tarnier. 1898-1902. *Thèse de Paris*, 1910.

Maygrier. — Leçons de clinique obstétricale. 1893. 12e leçon, p. 182.

Néret. — *Thèse de Paris*. 1899

Olshausen. — Méchanismus der Geburt. 1901, p. 43.

Pinard. — Traité du palper abdominal. 1878, p. 8 et suivantes, p. 36 et suivantes.

W.-S. Playfair. — Traduit par Verneuil. 1879, p. 391.

Ribemond-Dessaignes et Lepage. — Traité d'obstétrique. 1894, p. 455.

Siebold. — Histoire de l'obstétricie. *Traduction Herrgott.* 1891.

Simpson. — Monthly journal of médical science. Edimbourg. 1849. janvier et avril.

Wallich. — Eléments d'obstétrique. 1910, p. 11 et 332.

Von Vinkel. — Handbuch der Geburtshülfe. 1904, tome I, 2e partie, page 1014 et suivantes.